

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-FERRAND

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1966

N° 

25

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

MAURICE SIRIEIX

NÉ LE 1^{ER} MARS 1934 A USSEL (CORRÈZE)

présentée et soutenue publiquement le 27 Mai 1966

UN DES PROBLÈMES POSÉS PAR LES SYNDROMES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE L'ADÉNOLYMPHITE AIGUË

Président : M. GERMAIN, Professeur

Membres du Jury : M. POROT, Professeur

M. JALLUT, Professeur Agrégé

M. CLUZEL, Maître de Conférences Agrégé

- 1966 -



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-FERRAND

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1966

N° 34/66

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

MAURICE SIRIEIX

NÉ LE 1^{ER} MARS 1934 A USSEL (CORRÈZE)

présentée et soutenue publiquement le 27 Mai 1966

UN DES PROBLÈMES POSÉS PAR LES SYNDROMES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE L'ADÉNOLYMPHITE AIGÜE

Président : M. GERMAIN, Professeur

Membres du Jury : M. POROT, Professeur

M. JALLUT, Professeur Agrégé

M. CLUZEL, Maître de Conférences Agrégé

- 1966 -

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme 3^{ème})

PAR

MAURICE SIRIEUX

ME ET DOCTEUR EN MÉDECINE À CLERMONT-FERRAND

Présentée et soutenue publiquement le 27 Mai 1988



UN DES PROBLÈMES POSÉS PAR LES SYNDROMES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE L'ADÉNOLYMPHITE AIGUE

Président : M. GERMAIN, Professeur

Membres du Jury : M. POROT, Professeur

M. JALLUT, Professeur Agrégé

M. CLUZEL, Maître de Conférences Agrégé

UNIVERSITÉ DE CLERMONT
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Directeur honoraire :

M. MERLE.

Doyen :

G. MEYNIEL.

Assesseur :

M. COULET.

Professeurs honoraires :

Mme BLANQUET

MM. BUREAU

FOURNIER

GAUTHIER

POMMÉ.

I. — *Professeurs titulaires*

- MM. BARRIER, Clinique Chirurgicale A.
BASTIDE, Chimie Biologique et Pharmacodynamie
BAUDON, Clinique Obstétricale.
BERGERON, Pathologie Médicale.
COULET, Botanique et Microbiologie.
CUVELIER, Hydrologie et Climatologie.
DASTUGUE, Biochimie Médicale.
DAUPHIN, Chimie Pharmaceutique et Toxicologie.
FEBVRE, Pharmacie Galénique.
GRAS, Thérapeutique.
JACQUEMET, Technique Chirurgicale.
LATAIX, Pathologie Chirurgicale.
MEYNIEL, Biophysique Médicale.
MOLINA, Clinique Pneumo-Phtisiologique.
PETIT, Médecine Légale et Médecine Sociale.
POROT, Clinique Neurologique et Psychiatrique.
POURRAT, Matière Médicale.
ROUHER, Clinique Ophtalmologique.
TERRASSE, Clinique Médicale B.
THIEBLot, Physiologie.
TRONCHE, Pharmacie Chimique.
TURCHINI, Histologie et Embryologie.
VAURS, Bactériologie et Hygiène.
WILLEMIN-CLOG, Clinique Médicale Infantile.

II. — *Professeurs à titre personnel*

- MM. THOMAS, Oto-Rhino-Laryngologie.
VIALLET, Electro-Radiologie.

III. — *Professeurs sans chaire*

- MM. BERGER, Chimie Analytique.
DUCHÊNE-MARULLAZ, Physiologie.
GERMAIN, Clinique Chirurgicale B.

IV. — *Maîtres de Conférences Agrégés*

- MM. ALFIERI, Biophysique Médicale.
BOSSY, Anatomie.
Mlle CHATONIER, Chimie Minérale et Minéralogie.
MM. CLUZEL, Bactériologie.
DELAGE, Anatomie Pathologique.
Mme GAILLARD, Physique Pharmaceutique.
Mme MOINADE, Médecine Générale et Thérapeutique.
M. PIGNIDE, Médecine Générale.
Mme POURRAT, Botanique.
M. VENRIÈS DE LAGUILLAUMIE, Anatomie Pathologique.

V. — *Agrégés*

- MM. CHAMPEIX, Médecine Légale et Médecine du Travail.
FOURRIER, Orthopédie.
HOUDARD, Chirurgie Générale.
JALLUT, Médecine Générale.
JANNY, Neuro-Chirurgie.
MENUT, Pédiatrie et Puériculture.
MERCIER, Chirurgie Générale.
Mlle RAMPON, Médecine Générale.
MM. RENARD, Pneumo-Phtisiologie.
TOURNILHAC, Neurologie et Psychiatrie.

Attaché principal : M. BERTHON. *Bibliothécaire universitaire :* M. ARCHAMBAUD.

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation. (Délibération en date du 6 juin 1956).

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FILS ET MON FIL

A MA GRAND-MÈRE

A MES ENFANTS

A MES BEAUX-PARENTS

A SES CEUX QUI ME SONT CHÈRES

A MON PERE

A MA MERE

A MES FRERE ET SŒUR

A MA GRAND-MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GERMAIN

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Officier des Palmes Académiques.

*Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre respectueuse gratitude.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur POROT

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
Médecin des Hôpitaux
Chevalier des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur Agrégé JALLUT

Agrégé de Médecine Générale
Médecin Assistant des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé CLUZEL

Maître de Conférences Agrégé (Bactériologie)

*Nous les remercions de l'honneur
qu'ils nous ont fait en acceptant de juger
ce travail. Nous leur exprimons ici notre
profonde gratitude.*

A Monsieur le Docteur LOUP

Chirurgien de l'Hôpital d'Ussel

*Nous le remercions d'avoir bien
voulu nous confier le sujet de cette
thèse et nous guider dans sa réalisation.*

A Monsieur le Docteur LAUXEROIS

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Marie-de-
l'Assomption (Clermont-Ferrand)

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profonde gratitude
pour l'accueil qu'il nous a réservé en
son service et l'enseignement qu'il nous
a prodigué.*

A Monsieur le Docteur AIGUEPERSE

A Monsieur le Docteur MOULINOUX

A mes Camarades de l'Internat de l'Hôpital Psychiatrique
Sainte-Marie-de-l'Assomption (Clermont-Ferrand).

INTRODUCTION

« En somme, aucun des signes donnés n'a de valeur absolue, et seul un groupement de nuances peut permettre à un fin clinicien d'arriver au diagnostic. Mais le polymorphisme de l'appendicite de l'enfant est tel que le moindre doute commande l'intervention, cependant, la fréquence des rechutes est moins importante quand on a enlevé l'appendicite ». Si nous citons cette conclusion de MARCEL FÈVRE au début de notre étude, c'est surtout pour situer le but de nos travaux, qui n'est point, malheureusement, d'apporter une contribution valable au problème diagnostic des adénites mésentériques aiguës, mais d'énoncer certaines données qui nous paraissent liées au facteur régional de nos observations.

En effet, nous avons tout d'abord, dans les 100 cas observés dans notre service, englobé toutes les adénopathies mésentériques, qu'elles soient primitives et déterminent une affection autonome, qu'elles soient secondaires et consécutives à une affection intestinale (tuberculose - typhoïde). Ce caractère restrictif de nos investigations est dû essentiellement à notre « respect » des malades, enfants ou adolescents pour la plupart, que nous n'avons pas voulu exposer (sauf en deux cas) à des hémorragies fréquentes si l'on considère les connexions vasculaires des ganglions intéressés.

Quel est donc le but de ce travail ? Tout d'abord et surtout d'insister sur l'extrême fréquence de l'affection en cause dans notre région. Si GUILLERMET en 1951, présente, à la réunion Lyonnaise de Pédiatrie des pourcentages très faibles d'adénites mésentériques, si BOILEAU et surtout POSTLETHWEIT donnent des chiffres de l'ordre de 14 %,

nous pouvons, quant à nous, avancer des statistiques totalement différentes comme nous le verrons par la suite.

Etant donnée cette fréquence, nous augmentons donc très fortement le nombre d'erreurs diagnostiques des appendicites, mais comme le dit encore FÈVRE « le médecin ne doit pas poser le diagnostic sauf rarissimes exceptions, et doit encore moins différer l'intervention si l'appendice n'a pas été enlevé auparavant et si l'on n'est pas sûr de l'absence de tout diverticule de Meckel » et « le chirurgien même en cas d'adénites mésentériques d'apparence isolée doit enlever l'appendice, cette ablation paraissant être un facteur de plus pour l'obtention de bons résultats immédiats et éloignés ».

Le second résultat de notre enquête : les facteurs « âge » et « saisonnier » qui nous paraissent légèrement plus étendus que dans les normes classiques, l'adénite mésentérique allant de l'enfant à l'adulte mais étant peut-être plus fréquente chez l'adolescent, et en été.

Enfin, nous pouvons affirmer le polymorphisme des signes qui ne succèdent pas plus à une diarrhée, comme dans l'atteinte mésentérique à Pasterrella Pseudo-tuberculosis, qu'à une rhino-pharyngite pourtant classiquement évoquée.

ETIOLOGIE

Il est classique de dire que l'adénite mésentérique est essentiellement une maladie de l'enfant qui se raréfie avec l'âge. La logique peut, en effet, être à l'appui de cette thèse puisque nous savons que l'enfant, jusqu'à six ans environ, possède deux à trois cents ganglions mésentériques. Ces ganglions évoluent ensuite selon le processus de régression du tissu lymphoïde.

BOILEAU affirme que cette affection s'observe surtout de six à dix ans. ABOULKER et GUILLEMINET pensent qu'il s'agit d'un « syndrome prédominant chez l'enfant de six à quinze ans, mais s'observant aussi chez les adolescents et jeunes gens ». LATAIX, DELAMOY et CABY l'ont observé à l'âge adulte.

Pour nous, sur trente-six cas d'adénites mésentériques, nous n'en relevons aucune au-dessous de quatre ans. LATAIX parle d'une observation d'adénite à *pasterrella pseudo-tuberculosis* sur un nourrisson de trois mois et demi. Il parle également d'adénolymphite chez le sujet adulte ; nous relevons, quant à nous, huit observations allant de 20 à 60 ans.

Sur trente cas restant, qui s'échelonnent entre quatre et vingt ans, nous notons une fréquence particulière entre 9 et 12 ans (9 cas) et surtout entre 17 et 20 ans (13 cas).

Les formes de l'enfant jeune et de l'adulte diffèrent surtout quant au nombre et au volume des ganglions observés. Alors que chez l'enfant il s'agit de multiples ganglions prédominant à la racine du mésentère mais s'étendant sur tout le mésentère commun, chez l'adulte, les ganglions

sont nettement moins nombreux, mais beaucoup plus gros. Cependant nous avons une observation chez un enfant cachectique où la palpation de la fosse iliaque droite nous montrait une masse importante correspondant à un ganglion iléo-cæcal volumineux et d'aspect tumoral.

La couleur des ganglions varie également avec l'âge ; alors que les adénites de l'enfant ont un aspect rosé, parfois hyperhémie, celles de l'adulte sont nettement plus foncées, d'aspect framboisé.

De plus il faut noter l'aspect du colon de l'adulte très souvent œdématié, baignant dans un abondant liquide péritonéal, le plus souvent sans caractère biochimique spécial.

En somme, nous pouvons dire que nos observations ont un très large spectre, s'échelonnant de 4 à 60 ans, ce qui tend à prouver que si l'adéno-lymphite est plus fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune, elle est loin d'être négligeable au-delà de 30 ans.

FREQUENCE

DES ADENO-LYMPHITES MESENERIQUES

Lorsque nous avons entrepris notre étude nous avons été très étonnés par l'extrême fréquence des adéno-lymphites mésentériques dans notre service, et nous avons comparé avec les données classiques qui sont totalement différentes. La fréquence des adéno-lymphites mésentériques par rapport aux appendicites est nettement supérieure à tout ce qui jusqu'alors a été avancé et les erreurs de diagnostic sont en conséquence considérablement augmentées.

QUERVAIN EN 1913.

Sur 1.723 malades opérés avec le diagnostic d'appendicite, il y avait eu 94 erreurs, soit 5,5 %.

Dans ces 94 cas il s'agissait :

- 1°) 10 fois d'ulcères perforés.
- 2°) 2 fois de perforations intestinales.
- 3°) 3 fois d'occlusions intestinales (invagination volvulus).
- 4°) 1 fois de pancréatite aiguë.
- 5°) 1 fois d'infarctus de l'intestin.
- 6°) 5 fois de péritonite à pneumocoque.
- 7°) 5 fois de cholécystite aiguë.
- 8°) 4 fois de lithiase rénale.
- 9°) 9 fois de salpingite aiguë.
- 10°) 9 fois de grossesse extra-utérine.
- 11°) 14 fois de torsions ou de rupture de kystes.

- 12°) 7 fois de pneumonie.
- 13°) 3 fois de fièvre typhoïde.
- 14°) 1 fois de rougeole.
- 15°) 1 fois de néphrite aiguë.
- 16°) 7 fois de simulations chez des hystériques.

DJANILEDZE (Leningrad)

Sur 2.982 cas envoyés à l'hôpital :

- 2.323 fois le diagnostic fut vérifié aussitôt.
- 659 fois le diagnostic était faux.

Il fut rectifié dans 495 cas dès l'admission.

Sur 70 cas le diagnostic ne fut rectifié qu'après l'opération et il n'y eut que trois fois intervention à tort. (1 typhoïde, 1 paludisme, 1 pleuro pneumonie).

Sur 94 autres cas chirurgicaux, il s'agissait :

- 50 fois de perforation d'ulcère.
- 18 fois d'occlusions intestinales.
- 1 fois de perforation typhique.
- 18 fois de grossesse extra-utérine.
- 16 fois de torsion de kyste.
- 1 fois de torsion épiploïque.

CHEZ L'ENFANT

BECKMANN, sur 145 cas opérés avec le diagnostic d'appendicite, a trouvé :

- 6 cas de pneumonie.
- 2 cas de péritonite à pneumocoque.
- 2 cas de lymphadénie mésentérique.

CHEZ L'ENFANT

MORIS COHEN, sur 354 cas, 14 erreurs de diagnostic. Il s'agissait :

- 3 fois de pyélite.
- 6 fois de lymphadénie mésentérique.
- 2 fois de péritonite à pneumocoque.
- 1 fois de péritonite à streptocoques.
- 1 fois de kyste de l'ovaire tordu.
- 1 fois de torsion épiploïque.

Pour la lymphadénie tuberculeuse aiguë du mésentère, les Américains disent les signes si ressemblants que le diagnostic n'est jamais fait.

POSTLETTWAIT et CAMPBELL (*Archives of Surgery*, 1959) :

Entre 1941 et 1946 le Duke Hopital reçoit 1.804 malades pour affection abdominale aiguë nécessitant une appendicectomie.

Sur ces malades :

- 931 souffrent d'adénites mésentériques.
- Les 673 autres avaient une véritable appendicite.
- 268 de ces derniers avaient une augmentation du volume de leurs ganglions mésentériques.

En somme, sur 6 hospitalisés, 1 avait une adénolymphite mésentérique.

Nous avons, quant à nous, étudié cent observations de malades rentrant dans notre service pour syndrome appendiculaire de janvier 1965 à janvier 1966.

Sur ces cent cas, nous avons opéré 98 fois, la mise en observation nous ayant permis d'éviter deux interventions, l'une sur une rougeole, l'autre sur une douleur sous-hépatique droite ayant régressé spontanément.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

56 appendicites aiguës où l'on trouve :

- 33 appendicites simples, avec appendice congestif.
- 2 appendicites avec syndromes dysentériques.
- 1 appendicite + une pyélonéphrite.
- 1 appendicite + un aspect de typhlite.
- 1 appendicite avec ascite banale.
- 3 appendicites avec un liquide séro-fibrineux sans particularité biochimique.
- 2 abcès appendiculaires.
- 2 appendicites avec syndromes pseudo-occlusifs.
- 9 appendicites purulentes.
- 1 péritonite appendiculaire vue tardivement ayant abouti à l'exitus deux jours après l'intervention.

38 adénolymphites mésentériques.

1 kyste de l'ovaire droit.

1 syndrome dysentérique (giardia).

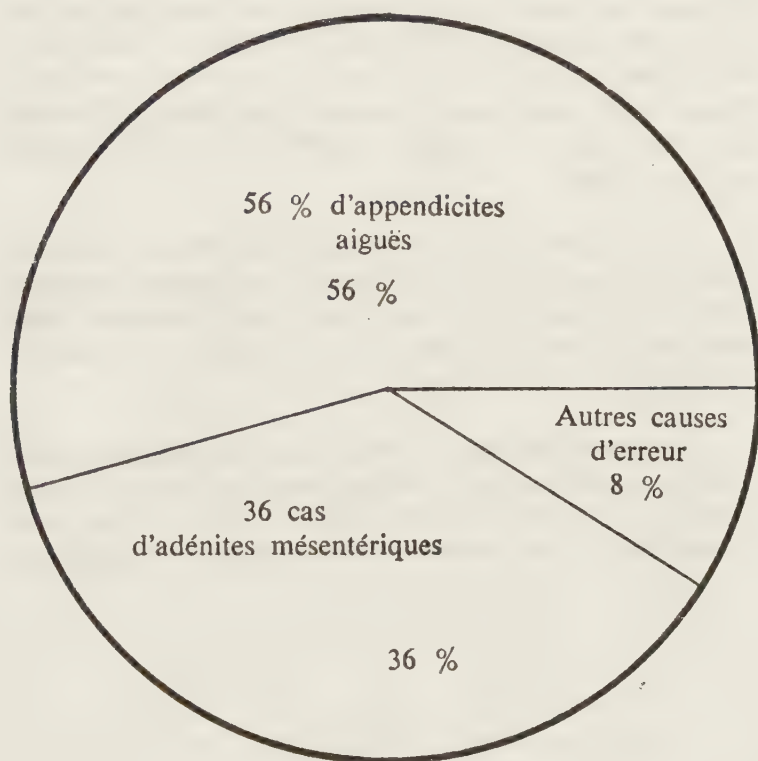
1 Meckel.

1 colique hépatique.

Nous excluons de cette statistique l'adénite accompagnant l'appendicite et l'adénite associée à une occlusion ou à un infarctus mésentérique.

Il est donc certain que les causes d'erreurs sont dues pour les trois-quarts aux adénites mésentériques, isolées certes, mais paraissant satellites d'une infection larvée de l'intestin grêle, parfois éteinte.

100 APPENDICECTOMIES
POUR APPENDICITE AIGUE



- 44 % d'erreurs de diagnostic.
- Les trois-quarts des causes d'erreur sont dues aux adénites mésentériques.

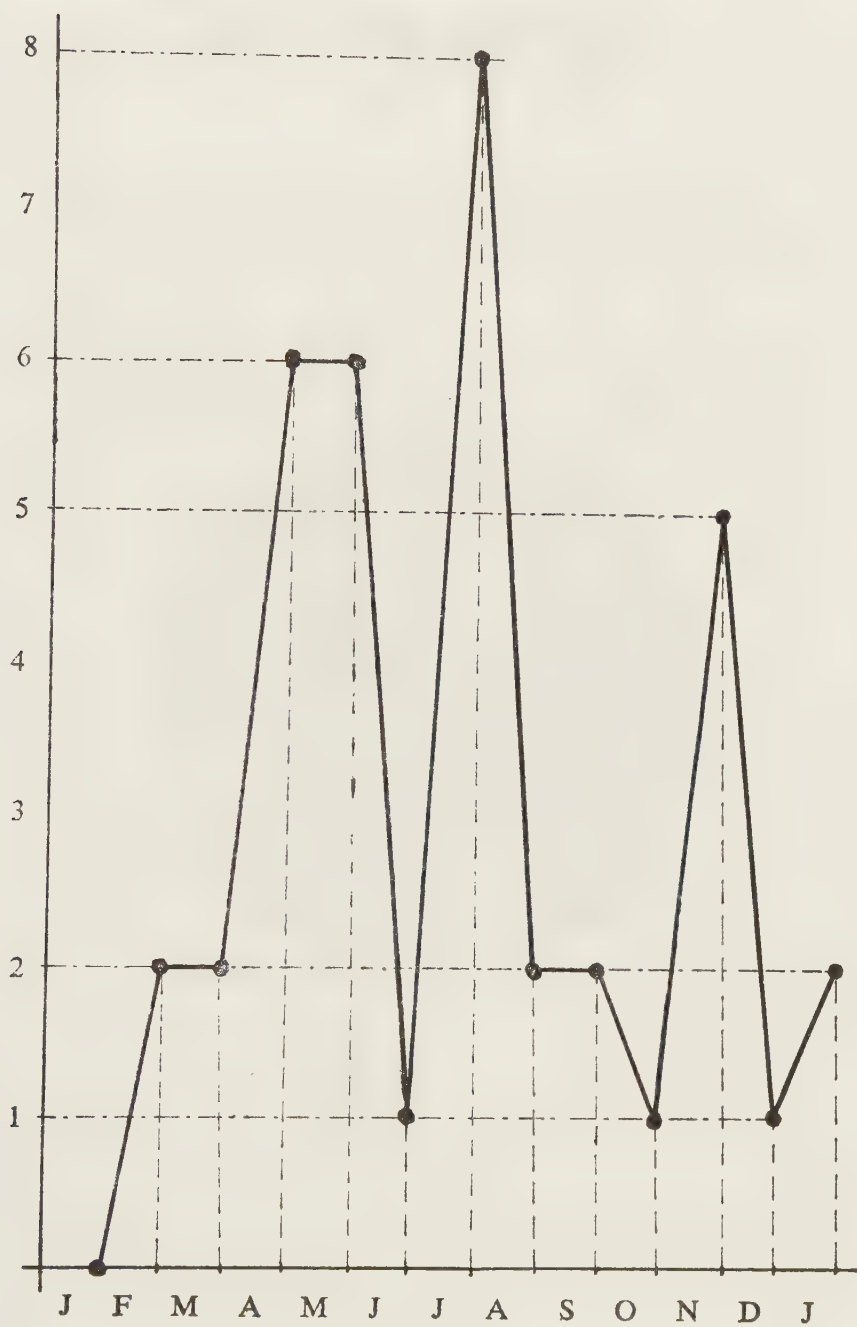
FACTEURS REGIONAL ET SAISONNIER

Ces chiffres obtenus sont typiquement locaux, car les hôpitaux les plus proches n'obtiennent que des chiffres comparables à ceux donnés par les auteurs classiques. Il s'agit donc d'un facteur régional qu'il serait très utile d'approfondir tant pour le malade que pour le clinicien. L'on peut supposer cependant que le facteur alimentaire est à envisager.

Le caractère saisonnier des lymphadénites mésentériques est classiquement indiscutable. On parle le plus souvent d'une fréquence supérieure aux mois d'automne et de printemps. FÈVRE et LATAIX considèrent que cette affection se raréfie en été et en hiver.

Elle existe chez nous à l'état latent, puisque nous trouvons autant de cas au printemps qu'en automne avec un maximum en été. Par contre, l'hiver semble être un mois « creux » en ce qui concerne l'adénolymphite mésentérique.

*FREQUENCE SAISONNIERE
DES ADENITES MESENTERIQUES*



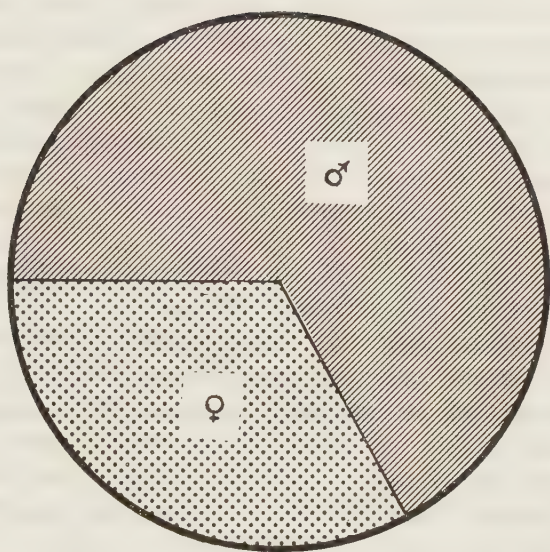
FACTEURS SEXE - AGE

Nous retrouvons l'adénolymphite dans les deux sexes, avec une fréquence un peu plus grande chez l'homme, ce qui correspond aux données classiques.

Par contre, en ce qui concerne l'âge, nous notons une fréquence supérieure entre 10 et 20 ans, et si l'enfant est souvent touché l'adulte jeune n'est pas épargné, notre éventail allant de 4 ans à 60 ans :

4 ans : 1 cas	16 ans : 1 cas
5 ans : 1 »	17 ans : 4 »
6 ans : 1 »	18 ans : 2 »
7 ans : 1 »	19 ans : 3 »
8 ans : 1 »	20 ans : 4 »
9 ans : 3 »	21 ans : 1 »
10 ans : 2 »	25 ans : 1 »
11 ans : 0 »	26 ans : 2 »
12 ans : 4 »	34 ans : 1 »
13 ans : 1 »	38 ans : 1 »
14 ans : 1 »	39 ans : 1 »
15 ans : 0 »	60 ans : 1 »

*FREQUENCE DES ADENITES MESENTERIQUES
DANS LES DEUX SEXES*



CLINIQUE

I. ADENITE MESENTERIQUE CLASSIQUE *AIGUE OU SUBAIGUE.*

Nous sommes en présence d'un enfant ou d'un adulte jeune, envoyé le plus souvent en urgence pour crise appendiculaire aiguë.

L'aspect du malade est fréquemment celui rencontré dans une crise appendiculaire aiguë. Le facies est pâle, le sujet est amaigri, parfois les traits sont tirés. Presque constamment l'on trouve dans l'anamnèse une assez longue période d'inappétence, avec des successions d'énervement et d'insomnies. La langue n'est pas forcément saburale, bien qu'on le note dans la moitié des cas.

La douleur s'est installée brutalement, d'intensité variable, évoluant par poussées. Souvent l'on note des épisodes antérieurs. Elle est accompagnée parfois de vomissements, souvent de nausées ; les troubles du transit existent ou non, allant de la constipation à la diarrhée. Le siège de cette douleur n'est pas stable. Elle a débuté dans la région péri-ombilicale et peu à peu s'est diffusée dans les deux fosses iliaques. Mais au bout de quelques heures elle a tendance à se localiser électivement à droite, au point décrit par MAC BURNEY.

La température n'est pas toujours très élevée, elle oscille de 37° 2 à 38° soit la « pyrexie appendiculaire ». Parfois elle est très élevée (39°) mais d'une façon assez rare.

L'examen de l'abdomen montre une sensibilité anormale de la région périombilicale avec une douleur assez

nette au niveau de la fosse iliaque droite. Il n'existe pas de contracture, le ventre respire bien, mais l'on note de temps à autre une légère défense. La palpation profonde nous a permis dans deux cas de faire le diagnostic d'une masse iléo-cœcale, sur des sujets amaigris, mais ne nous a pas fait repousser l'intervention, soit par crainte d'une invagination (bien que nous n'ayons jamais rencontré cette complication), soit de peur d'oublier une appendicite aiguë associée, ou une abcédation de ce ganglion.

Le toucher rectal s'est révélé très rarement muet, soit que l'on distingue un bombement du Douglas, soit que l'on réveille une douleur vive à droite.

L'examen des voies respiratoires supérieures ne montre rien de systématique : ou bien la gorge est normale, le rhino-pharynx également, ou bien dans 4 cas sur 38 il existe une angine ou une rhino-pharyngite. En d'autres cas (3 sur 38) l'épisode infectieux remonte à quelques jours et a précédé la crise abdominale.

L'examen pulmonaire ne nous a jamais rien montré de pathologique malgré notre extrême prudence (3 clichés pulmonaires négatifs).

Devant ce tableau clinique qui manifestement rend le diagnostic hésitant, nous avons très souvent demandé au laboratoire de nous éclairer mais jamais nous n'avons pu obtenir de règles bien précises :

M ^{lle} T... S., 19 ans :	G.R. 420.000	neutro 52 %
	G.B. 7.800	eosino 0
	H.B. 86 %	baso 1 %
	V.G. 1,02	lympho 46 %
		mono 1 %
M. F., J.-C., 20 ans :	G.R. 5.260.000	neutro 60 %
	G.B. 10.600	eosino 1 %
	H.B. 10,5 %	baso 0
	V.G. 0,99	lympho 39 %
		mono 0

M. T... D., 14 ans :	G.R. 4.240.000	neutro 53 %
	G.B. 6.500	eosino 6 %
	H.B. 83 %	baso 1 %
	V.G. 0,98	lympho 39 %
		mono 1 %

M. C... J., 34 ans :	G.R. 4.570.000	neutro 67 %
	G.B. 4.200	eosino 1 %
	H.B. 30 %	baso 1 %
	V.G. 0,98	lympho 29 %
		mono 2 %

Ces quatre formules, prises au hasard, sont assez différentes de celles soi-disant typiques des adéno-lymphites mésentériques. La leucocytose est modérée dans les formules les plus élevées (loin des chiffres avancés par certains auteurs : 20.000/25.000), les polynucléaires sont à peu près normaux. Parfois même nous frisons la leucopénie, mais on peut également noter une lymphocytose et une éosinophilie. Ce n'est donc pas sur la formule sanguine que nous pouvons nous appuyer pour étayer notre diagnostic.

Nous avons demandé par deux fois une coproculture chez des malades présentant une diarrhée importante :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de 5 ans adressé pour une douleur abdominale assez diffuse, mais prédominant à la palpation dans la fosse iliaque droite. La température était à 38°. Le résultat de la coproculture ne nous montra que des colonies de colibacilles éliminant une salmonellose et une shigellose. Nous avons également demandé un séro-diagnostic de Widal, qui fut également négatif. L'intervention fut décidée et l'on se trouva en présence d'une importante adénite mésentérique. Le colon sigmoïde était dilaté. Les jours suivants la température oscilla entre 38° et 38° 5. Nous redoutions un adénite grave, aussi fut-il décidé de mettre l'enfant sous antibiotiques, et en quelques jours (sous tifomycine) tout rentra dans l'ordre. Nous le renvoyâmes chez lui en demandant à son médecin de pratiquer la vaccination antitiphoidique.

Dans le second cas, la coproculture montrait la présence d'oxyures, mais devant la persistance des douleurs, nous intervenions quand même et il s'agissait d'une adénolymphite mésentérique prouvant ainsi que parfois l'oxyurose pouvait être à l'origine d'une adénite mésentérique.

En somme, la plupart du temps, le diagnostic fourni par la clinique nous laissa un doute, renforcé par les examens biochimiques, mais le polymorphisme des appendicites est tel que jamais nous n'avons voulu faire un diagnostic au détriment de nos patients.

II. LA FORME PSEUDO-TUMORALE.

Nous avons eu un seul cas de forme pseudo-tumorale, bien que les ganglions soient en principe très volumineux (gros d'une noisette). Le cas dont nous parlons ici est intéressant car le palper abdominal nous l'avait déjà fait suspecter. A l'ouverture du péritoine, nous vîmes un énorme ganglion, d'aspect caséux, logé à l'angle iléo-cæcal, baignant dans un liquide citrin. Bien que l'appendice soit d'aspect normal, nous pratiquâmes l'appendicectomie suivie de l'adénectomie. L'examen anatomopathologique montrait un caseum tel que tout diagnostic certain fut impossible. La cuti-réaction était positive et nous conseillâmes au médecin un traitement anti-tuberculeux chez ce jeune homme de 19 ans apparemment en bonne santé (M. P..., 19 ans).

III. L'ADENO-LYMPHITE

A *PASTERELLA PSEUDOTUBERCULOSIS*.

Nous avons trouvé un cas de lymphadénite à *Pasterella pseudotuberculosis*, qui, du point de vue clinique, ne se différenciait nullement des autres :

Il s'agissait d'un sujet de 14 ans... entré pour une douleur au Mac Burney. Le diagnostic ne fut posé qu'après l'ouverture du péritoine découvrant un appendice d'appa-

rence sain, et un ganglion à la racine du mésentère, d'aspect noirâtre, de la grosseur d'une noix, au milieu d'une multitude d'autres ganglions plus petits. La température qui était à 38° avant l'opération persista pendant quelques jours puis tout rentra dans l'ordre. Un traitement fut également conseillé au médecin traitant.

En conclusion, toutes ces formes d'adénolymphites mésentériques, qu'elles soient subaiguës, pseudo-tumorales, ou à germe spécial (*pasterella pseudotuberculosis*), montrent une clinique semblable, si proche de la symptomatologie de l'appendicite que nous ne pûmes éviter une intervention qui, a posteriori, peut se montrer facultative. Le fait de voir les symptômes régresser dès l'appendicectomie, la fièvre disparaître en six jours, les douleurs rester inapparentes après l'intervention, montre bien que l'erreur est moins grave que le plus petit oubli, lorsqu'il s'agit d'appendicite.

Nous aurions aimé pouvoir faire systématiquement une étude anatomopathologique de l'appendice, mais le travail en milieu hospitalier ne nous l'a pas permis. Nous aurions pu alors voir peut-être des associations appendicite + adénite mésentérique comme celle trouvée sur un de nos jeunes malades (C... V., âgé de 18 ans) : « importante appendicite aiguë et ulcérée, avec une large diffusion des abcès à travers la paroi appendiculaire qui est très démantelée, jusque dans le méso. Ces abcès sont essentiellement à polynucléaires. Dans l'infiltrat pariétal, on note d'assez nombreux éosinophiles ».

Il nous a été donné de revoir plusieurs de nos opérés, 3 à 6 mois après l'intervention, et si la période de convalescence fut longue (1 mois environ), par contre l'on a pu noter de fortes reprises de l'appétit et du poids, sans oublier la disparition rapide des phénomènes d'excitation ou de dépression très nets chez certains de nos malades.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il paraît bien illusoire de vouloir faire un diagnostic différentiel entre l'appendicite et l'adénolymphite mésentérique ; nous avons cependant, d'après nos observations, essayé de dégager quelques lignes générales pouvant nous être utiles pour étayer notre diagnostic :

	<i>Appendicite</i>	<i>Adénite mésentérique</i>
S.F.		

1°) Douleurs abdominales :	F.I.D.	diffuses
2°) Vomissements :	inconstants	inconstants
3°) Arrêt des matières et gaz :	fréquent	absent

S.G.

1°) Température :	38° 5	37° 5
2°) Pouls :	accélééré	normal
3°) Facies :	pâle	pâle
4°) Langue :	saburale	saburale

S.P.

1°) Douleurs provoquées :	F.I.D.	diffuses
2°) Défense :	fréquente	absente
3°) Hyperesthésie cutanée :	fréquente	absente
4°) Toucher rectal :	douleur à droite	absente très souvent

Nous pensons, devant l'impossibilité clinique de formuler un diagnostic certain, qu'il serait bon de demander

aux examens paracliniques et biologiques de nous aider... dans l'intérêt de nos malades.

Nous avons tout d'abord demandé au laboratoire un sérodiagnostic rapide, mais les difficultés techniques ne nous ont pas permis d'aboutir.

Par contre il serait souhaitable d'envisager une opacification du chapelet ganglionnaire mésentérique par une lymphographie mésentérique ascendante.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Nous ne nous attarderons pas sur ce chapitre, faute d'avoir pu systématiquement prélever un ganglion sur chacun de nos opérés.

La majeure partie de ces ganglions était localisée sur l'iléon terminal, lequel apparaissait :

distendu
gargouillant
congestif
avec parfois des parois épaissies.

En fait la diffusion de ces ganglions touchait très souvent trois groupes :

celui de l'angle iléo-cæcal
celui de la racine du mésentère
celui du mésentère flottant

mais pouvant s'étendre au mésocolon droit, au pédicule hépatique, au mésocolon pelvien.

En ce qui concerne le volume de ces adénopathies, on peut tout voir, les formes très diffuses étant en règle de volume réduit (noisette), les formes localisées beaucoup plus volumineuses (mandarine).

Quant à leur couleur, si elle est le plus souvent rose pâle, il n'est pas rare de la voir rouge foncé, blanchâtre ou même noirâtre.

Les quelques rares examens effectués sur notre demande concernent des enfants et un adolescent ; nous en publions deux :

M. René R..., 17 ans.

« Adénite avec périadénite, et présence dans ces ganglions de nombreux petits abcès à polynucléaires. Pas de lésions tuberculeuses ».

« Lésions de lymphadénite mésentérique avec micro-abcès ».

M^{lle} Martine R..., 11 ans.

« Ce groupe de ganglions présente des lésions de réticulose sinusale, ainsi qu'une hyperplasie lymphoïde. Les sinus sont en général très dilatés. On ne trouve pas de lésions folliculaires ni d'abcès. Mais dans deux des ganglions, présence de nodules nécrotiques anciens partiellement calcifiés, entourés par une épaisse coque fibrohyaline cicatricielle. Ce sont là des lésions très anciennes.

Hypertrophie ganglionnaire, avec des lésions de réticulose sinusale, et, dans deux des ganglions remis, présence de lésions anciennes nécrosées, partiellement calcifiées, avec parfois quelques réactions macrophagiques en bordure, et une épaisse coque fibreuse. Il n'y a actuellement aucun indice de spécifié, mais cependant l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse ancienne complètement cicatricielle doit être discutée. Mais il peut également ne s'agir que de la cicatrice de lésions inflammatoires anciennes de caractère nécrosant ».

Certaines adénites mésentériques non douloureuses mais aussi importantes, découvertes au cours de laparotomies pour toute autre cause, font discuter le seuil du physiologique et du pathologique dans leur genèse.

CONCLUSION

Dans une courte série de 100 cas d'appendicectomie, nous avons remarqué la fréquence anormale de l'adénite mésentérique primitive, soit 36 %, nous amenant à retenir un facteur régional, voire alimentaire de cette affection, atteignant surtout l'enfant, mais aussi l'adulte avec un maximum de fréquence en été, posant un diagnostic difficile, voire impossible avec l'appendicite.

Certes, on doit exiger un faisceau de signes suffisants pour poser le diagnostic d'appendicite, mais aucun signe n'est formel, et dans le doute mieux vaut opérer surtout chez l'enfant. Le pronostic de l'affection reste bénin, les suites opératoires bonnes sans rechutes.

VU :

Le 10 mai 1966.

Le Président de thèse :

H. GERMAIN.

VU :

Le 11 mai 1966.

Le Doyen :

G. MEYNIEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

N° 34/66.

le 12 mai 1966.

Le Recteur :

E. LAPALUS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER P. : Les adénites aiguës appendiculaires et l'adéno-lymphite mésentérique aiguë. *Thèse*, Paris, 1936.
- BARON M., MOLLARET H. et LABBE (CHIGOT Rapporteur) : Invagination et adénite mésentérique : un cas dû à une adénite pseudo-tuberculeux. *Société Française de Pédiatrie*, 18-4-1961.
- BERNARD A. et ses Collaborateurs : L'adénite mésentérique : ses douleurs et ses troubles intestinaux. *Arch. Mal. App. Digest.*, 5 mai 1958, t. 48, 493-506.
- BERNARD A. : Documents et réflexions sur l'adénite mésentérique. *Journal de Méd. et de Chir. Pratiques*, juin 1959, t. 130, 13^e cahier, n° 1, 579-582.
- BONARD E.C., PACAUD M.F., UREGH E. : Adénite mésentérique et appendicite causées par un virus. *Helv. Med. Acta*, 27, 641-6, décembre 1960.
- CABANNE F., MAWUPE VOVOR V. : Adéno-lymphite mésentérique et invagination intestinale aiguë chez l'adulte. *Journal de Médecine de Lyon*, 41, 679-88, 20 mai 1960.
- CATHALA J. et FONT-REULT : Invagination intestinale et adénite mésentérique : un cas dû à une adénite à Bacille d'Eberth. *Société Française de Pédiatrie*, 18-4-1961.
- COUINAUD C. : Invagination intestinale du nourrisson. *E.M.G. traité Estomac*, 9042 A. 30, 2, 1956.
- COURTY L., GOUILLAUD M., BARBRY A. : Les adénites mésentériques considérées dans leurs rapports avec l'invagination intestinale ; essai d'interprétation pathogénique à propos de trois observations. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 73 (7), p. 317-21, juillet 1955.
- HEINISCH H.M. : Experimental animal studies on the mechanism of formation of transitory and pathological invagination. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 102 : 1572, 5, 19 août 1960.
- LADD, WILLIAM E. and GROSS, ROBERT E. : Abdominal Surgery of infancy and childhood. *W.B. Saunders Company*, p. 105.

- LANGERON P. : Invagination intestinale aiguë et adénite mésentérique. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 76 (11), p. 470-1, 1958.
- LATAIX P. et PERNY M. : Adénite mésentérique et invagination intestinale. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 21 juin 1961, p. 615-619.
- LATAIX P. : Les adénites mésentériques pseudo-tuberculeuses. *Entretiens de Bichat. Chirurgie*, 1960.
- LATAIX P. : Les adénites aiguës mésentériques. Etat actuel de la question. *Clermont-Médical*, mai 1955, pp. 115-128.
- LATAIX P., MOLLARET H., COULET L., PERNY M. : Double observation d'adénite mésentérique à *Pasteurella pseudo-tuberculosis*. *Mém. de l'Académie de Chirurgie*, 85 : 721-7, 18-25 nov. 1959.
- LAURENCE G. : L'adéno-lymphite mésentérique aiguë. *Revue du Praticien*, Paris, p. 1669-71, 21 juin 1954.
- LAURENCE G. : *Journal des Praticiens*, 19 juillet 1951.
- LAURENCE G. : La place de l'invagination intestinale dans la pathologie du nourrisson. *Revue du Praticien*, Paris, p. 1669-71, 21 juin 1954.
- LAURENCE G., TOURNIER P., PROCHIANTZ, BERGE et LEBRUN : Adéno-lymphite mésentérique aiguë de l'enfant. *Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, Paris, 79, 325-337, 1953.
- LAURENT P. : Rapports entre les adéno-lymphites mésentériques et les invaginations intestinales. *Thèse*, Paris, 1954, n° 136.
- MADIGAN et COFFEY : *Archives of Surgery*, juin 1950.
- MANDILLON M.G. : Invagination intestinale et adénopathie mésentérique aiguë chez l'enfant. A propos d'une observation. *Bordeaux Chirurgical*, p. 86-89, avril 1961.
- MARTINOTTI L. : Present concepts on acute aspecific mesenteric lymphadenitis of the ileo-colic angle ; symptomatology, diagnosis, pathogenesis, complications, prognosis and therapy. P. 409-17. *Riforma medica Napoli*, 14 avril 1956, 70 (15).
- MOLLARET H. : L'adénite mésentérique aiguë à *Pasteurella pseudo-tuberculosis* (Bacille de Malassez et Vignal). A propos de 30 observations. I. Etude clinique, sérologique et bactériologique. *La Presse Médicale*, 1960, 68, 1375-1378 ; II. Etude épidémiologique. *La Presse Médicale*, 1960, 68, 1447-1450.
- MOULONGUET P. et CREPATTE : Invagination intestinale aiguë et adénite mésentérique. *Mémoire de l'Acad. de Chirurgie*, 79, n° 13-14, 339, 22-29 avril 1953.

- OUDEJANS E. : Invagination and adenovirus infections in children. *Ned. T. Geneesk.*, 19 nov. 1960, 104 ; 2383-4.
- PEPLE W.L. Jr., GILL F.W. : Mesenteric adenitis complicated by multiple segmental intussusception of the small intestine. P. 673-5. *Virginia Medical Monthly*, 79 : 12 déc. 1952.
- PERNY M. : Adénites mésentériques à *Pasteurella pseudo-tuberculosis*. *Thèse*, Clermont-Ferrand, 1960.
- POSTLETHWAIT R.W. and CAMPBELL F.H. : Acute mesenteric lymphadenitis. *Archives of Surgery*, 59, 1949, p. 92-100.
- POZZAN A. : Considérations cliniques sur 50 cas d'invagination intestinale. *Arch. Ital. Chir.*, 1950, 73, n° 5, 351-358.
- REILLY J. : Le rôle du système neuro-végétatif et l'intervention des réactions allergiques dans la pathogénie des invaginations intestinales fonctionnelles. *Revue médicale de la Suisse Romande*, mai 1956, 76 : 585-589.
- REILLY J., RIVALLIER E., TOURNIER P. : Contributions à l'étude pathogénique des invaginations intestinales. *Annales de Médecine*, 1954, 55 : 621-659.
- ROMANE P. : Adénite mésentérique et invagination intestinale. *Thèse*, Clermont-Ferrand, 1961.
- ROSENBLATT et COLVER : *Western Journal of S.O.G.*, oct. 1950, vol. LVIII, n° 10.
- SABATIER : *Journal des Praticiens*, 7 déc. 1950.
- O'SULLIVAN W.D. and CHILD C.C. : Ileocecal Intussusception caused by lymphoid hyperplasia. *J. Pediatrics*, 38, march 1951, p. 320-324.
- VIC-DUPONT : Acute mesenteric adenitis. *Rev. Méd. Franç.*, 41 : 35-9, janvier 1960.
- WEGRYN L.S., WEGRYN S.P. : Intussusception with acute appendicitis and mesenteric adenitis. *American Journal of Proctology*, août 1956, 7 (4), p. 318-20.

TABLE DES MATIERES

Introduction	15
Etiologie	17
Fréquence	19
Facteurs régional et saisonnier	24
Facteurs sexe - âge	26
Clinique	28
Diagnostic différentiel	33
Anatomo-pathologie	35
Conclusion	37
Bibliographie	39



